

# VU Research Portal

## **Geweld tegen psychiatrische patiënten in Nederland.**

de Vries, S.; Kamperman, A.; Lako, I.; Sytema, S.; Bervoets, P.; van der Gaag, M.; Theunissen, J.; Swildens, W.; Nugter, A.; Kroon, H.; van Weeghel, J.; Mulder, C.L.

### ***published in***

MGV. Maandblad geestelijke volksgezondheid  
2011

### ***document version***

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

### ***citation for published version (APA)***

de Vries, S., Kamperman, A., Lako, I., Sytema, S., Bervoets, P., van der Gaag, M., Theunissen, J., Swildens, W., Nugter, A., Kroon, H., van Weeghel, J., & Mulder, C. L. (2011). Geweld tegen psychiatrische patiënten in Nederland. *MGV. Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 66(1-2), 8-19.

### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

### **E-mail address:**

[vuresearchportal.ub@vu.nl](mailto:vuresearchportal.ub@vu.nl)

**SANNE DE VRIES, ASTRID KAMPERMAN, IRENE LAKO, SJOERD SYTEMA, PETRA BERVOETS,  
MARK VAN DER GAAG, JAN THEUNISSEN, WILMA SWILDENS, ANNET NUGTER, HANS KROON,  
JAAP VAN WEEGHEL & NIELS MULDER**

# **Geweld tegen psychiatrische patiënten in Nederland**

**Psychiatrische patiënten zijn vaker het slachtoffer van geweld dan andere mensen. Daarbij worden ze ook vaker gezien als potentiële dader. Een inventarisatie van de ervaringen geeft richting aan onderzoek naar ernst en omvang.**

Onderzoek naar agressie en geweld binnen de psychiatrie heeft zich tot dusver voornamelijk gericht op psychiatrische patiënten als (potentiële) plegers. Mensen met schizofrenie of een andere ernstige psychische stoornis zouden ‘gevaarlijk’ en ‘onvoorspelbaar’ zijn (Thornicroft, 2006) en een gevaar vormen voor hun omgeving en voor hulpverleners. Uit buitenlands onderzoek, met name in de Verenigde Staten, blijkt echter dat het percentage psychiatrische patiënten dat slachtoffer wordt van geweld beduidend hoger ligt dan het percentage dat gewelddaden begaat (Choe e.a., 2008). Bovendien blijkt dat zij veel vaker dan andere burgers slachtoffer zijn van geweld of een ander misdrijf (Teplin e.a., 2005). Ook binnen GGZ-instellingen zijn veel patiënten slachtoffer van fysieke en verbale agressie van medepatiënten (Abderhalden e.a., 2007).

Tot nu toe is het in Nederland opvallend stil gebleven als het gaat om victimisatie (slachtofferschap) van psychiatrische patiënten. Afgezien van een enkele literatuurstudie (Naudts e.a., 2004) is er geen zicht op de omvang, aard, achtergronden en gevolgen van geweld tegen deze groep. Toch doen praktijkervaringen en bevindingen uit bredere studies vermoeden dat geweld tegen psychiatrische patiënten ook in Nederland geen te verwaarlozen verschijnsel is. Zo kwam uit het Nederlandse deel van Indigo, een recent internationaal onderzoek naar de ervaringen van schizofreniepatiënten met

discriminatie (Thornicroft e.a., 2009), naar voren dat bijna de helft van de respondenten (grote) nadelen ervoer op het gebied van persoonlijke veiligheid (Plooy & Van Weeghel, 2009). Verder zijn er volgens Bogaerts (2009) indicaties dat mensen met ADHD veelvuldig slachtoffer zijn van geweldsdelicten en een groter risico lopen op herhaald slachtofferschap. Volwassenen met ADHD zouden meer kans hebben op gewelddadige ervaringen, en daarmee op een posttraumatische stressstoornis (PTSS), omdat zij vaak ondoordacht en impulsief handelen, sensatie en gevaarlijke situaties opzoeken en hierdoor eerder in de problemen komen (Bogaerts, 2009).

Om meer duidelijkheid te krijgen over de aard en omvang van het probleem in Nederland heeft NWO in 2009 een onderzoeksprogramma gestart. Hierop vooruitlopend hebben we geïnventariseerd welke gegevens momenteel in Nederland beschikbaar zijn die een beeld kunnen geven van de mate waarin geweld tegen psychiatrische patiënten voorkomt (Van Weeghel e.a., 2009). In dit artikel beschrijven we wat deze inventarisatie heeft opgeleverd.

## **Victimisatie en deinstitutionalisering**

Vooraf in de Verenigde Staten, Canada en (in mindere mate) het Verenigd Koninkrijk bestaat al een onderzoekstraditie op het gebied van victimisatie van psychiatrische patiënten. De prevalentiecijfers variëren sterk, tussen de 16 en de 60%. Deze variatie is onder meer het gevolg van de manier waarop het onderzoek verricht is. Zo zijn er verschillen in de periode waarover naar victimisatie wordt gevraagd ('de afgelopen week' tot 'de afgelopen drie jaar'), in definities van geweld (mild/ernstig, seksueel/fysiek/verbaal, strafbaar/niet strafbaar), in operationalisatie van slachtofferschap, en natuurlijk in steekproefomvang en -populatie (intramuraal/ambulant/forensische setting/diagnose). Dit maakt het moeilijk om algemene uitspraken te doen. Toch zijn alle onderzoekers het erover eens dat het risico op victimisatie onder psychiatrische patiënten vele malen groter is dan onder de normale populatie (o.a. Choe e.a., 2008; Teplin e.a., 2005). Schattingen lopen uiteen van 2 tot 140 maal meer risico (Maniglio, 2009). Bovendien neemt de kwetsbaarheid van de patiënt voor victimisatie verder toe naarmate hij lijdt aan meer en ernstiger symptomen (o.a. Brekke e.a., 2001; Walsh e.a., 2003). Het risico blijft verhoogd wanneer rekening wordt gehouden met de (lagere) sociaal-economische status van de patiënten. Er zijn zelfs aanwijzingen dat hogere opleiding en betere inkomsten de kans op slachtofferschap onder deze populatie juist vergroten (Hiday e.a., 1999).

Het verhoogde risico op slachtofferschap wordt dikwijls in verband gebracht met de deinstitutionalisering van de psychiatrische zorg. In landen

als de Verenigde Staten, Engeland, Australië en Italië heeft dit proces zich al enige decennia geleden voltrokken, met als gevolg dat veruit de meeste mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen niet meer langdurig in instituten verblijven maar een plaats moeten vinden in de gewone samenleving, te midden van andere burgers. Vooral in de Verenigde Staten was aanvankelijk vrijwel niemand voorbereid op de gevolgen van deze grootscheepse transformatie van de zorg: de patiënten niet, hun familieleden niet, en evenmin de GGZ, de maatschappelijke instellingen en de burgers. Hierdoor werden de beoogde voordelen van de deinstitutionalisering – lotsverbetering, emancipatie en maatschappelijke integratie – grotendeels overschaduwde door de negatieve gevolgen. In talloze studies werden de ontstane misstanden – overlast, verwaarlozing, armoede, dakloosheid, stigmatisering en marginalisering van grote groepen psychiatrische patiënten – in kaart gebracht. Zowel in de Verenigde Staten (Bachrach, 1984) als in het Verenigd Koninkrijk (Wing, 1990) klonk het pleidooi voor vertrouwde en beschermende omgevingen, een toegankelijk behandelaanbod en continuïteit van zorg.

In Nederland was de deinstitutionalisering minder ingrijpend (Van Weeghel & Dröes, 1999). Wel vond er een verschuiving plaats van klinische voorzieningen naar vormen van begeleid en beschermd wonen (Priebe e.a., 2005), waardoor patiënten steeds meer in aanraking kwamen met de samenleving buiten het ziekenhuis. Hoewel er geen massale misstanden ontstonden, zijn de schaduwzijden van deze ‘vermaatschappelijking’ ook hier te lande veelvuldig onderwerp van discussie en onderzoek geweest (o.a. Kwekkeboom, 2000; Van Hoof e.a., 2004; Wolf e.a., 2007; Mulder, 2007, Theunissen e.a., 2008). In dat kader past ook de aandacht voor de risico’s die psychiatrische patiënten lopen om in de samenleving slachtoffer te worden van geweld en andere misdrijven. Bovendien leeft bij velen het idee dat onderzoek naar victimisatie het stigma van de psychiatrische patiënt kan helpen bestrijden, wanneer blijkt dat zij vaker gevaar lopen dan gevaarlijk zijn.

## **Gegevens over victimisatie in Nederland**

We hebben zes datasets gevonden waarin vragen waren opgenomen over geweldservaringen van psychiatrische patiënten. In de eerste vier sets, respectievelijk de ACT-trial Winschoten (Sytema e.a., 2007), het project Phamous (Bruggeman e.a., 2007), de data van GGZ Noord-Holland Noord (Smits e.a., 2009) en van het onderzoek Maatschappelijk Steunsysteem Stad Utrecht (Swildens e.a., 2008), is de MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life; Priebe, 1999) opgenomen. Deze vragenlijst bevat twee vragen

**Tabel 1**                    **Victimisatie onder psychiatrische patiënten in Nederland**

	<i>n</i>	Ja
Afgelopen jaar slachtoffer van geweld (MANSA) <sup>1</sup>	1366	10%
Ervaring met uitschelden of belediging (vaak of soms) <sup>2</sup>	307	24%
Ervaring met bedreiging of lastig vallen (vaak of soms) <sup>2</sup>	306	21%
Ervaring met fysiek geweld <sup>3</sup>	194	15%
Gedwongen tot seksuele handelingen <sup>3</sup>	199	13%
Bestolen van eigendommen <sup>3</sup>	199	20%
Ervaring met vernieling van eigendommen <sup>3</sup>	191	17%

1    Data afkomstig van ACT trial Winschoten, Phamous, Onderzoek Maatschappelijk Steunsysteem Stad Utrecht, GGZ Noord-Holland Noord

2    Data afkomstig van discriminatievragenlijst Stedelijk Chroniciteitsonderzoek Amsterdam

3    Data afkomstig van Zorgaanvraaglijst Parnassia

**11**

**Tabel 2**                    **Achtergrondkenmerken van patiënten die in het afgelopen jaar wel of geen slachtoffer zijn geweest van geweld (MANSA)<sup>1</sup>**

	Slachtoffers <i>n</i> =136	Niet-slachtoffers <i>n</i> =1230	Significantie
Geslacht ( <i>n</i> =1361)			
• man	66%	64%	n.s.
Etniciteit ( <i>n</i> =1360)			
• niet-westers	12%	15%	n.s.
Leeftijd ( <i>n</i> =1342)			
• 20-35 jaar	28%	32%	n.s.
• 36-50 jaar	41%	42%	
• >50 jaar	32%	27%	
Woonsituatie ( <i>n</i> =1315)			n.s.
• zelfstandig of met familie/anderen	63%	66%	
• dakloos/sociaal pension/beschermd wonen/begeleid zelfstandig wonen	26%	25%	
• anders	11%	9%	
Diagnose ( <i>n</i> =1360)			n.s.
• stemmingsstoornissen	9%	13%	
• schizofrenie / psychotische stoornissen*	70%	71%	
• overige stoornissen / onbekend	21%	16%	
Daderschap ( <i>n</i> =1361)			
• beschuldigd van een misdrijf in het afgelopen jaar	25%	5%	Chi <sup>2</sup> =74.2 df=1 <i>p</i> <0,01

\*    inclusief schizo-affectieve stoornissen en waanstoornissen

1    Gegevens zijn afkomstig van Phamous, ACT-trial Winschoten, ZAL, onderzoek Maatschappelijk Steunsysteem Stad Utrecht, GGZ Noord-Holland Noord en het Stedelijk Chroniciteitsonderzoek

naar de ervaring met geweld van psychiatrische patiënten, namelijk ‘Bent u in het afgelopen jaar slachtoffer geweest van geweld?’ en ‘Hoe tevreden bent u met uw persoonlijke veiligheid?’

In de vijfde set, die van het Stedelijk Chroniciteitsonderzoek Amsterdam (Theunissen e.a., 2008) wordt de discriminatieschaal afgenomen, waarin de volgende vragen worden gesteld naar de huidige ervaring met discriminatie: ‘Hoe vaak ervaart u thans dat u wordt uitgescholden of beledigd?’ en ‘Hoe vaak ervaart u thans dat u wordt bedreigd of lastiggevallen?’. In de zesde set, van een onderzoek met de Zorgaanvraaglijst (ZAL; Van der Gaag e.a., 2006) van Parnassia komt slachtofferschap aan de orde wanneer er informatie wordt gevraagd in het kader van problemen en veiligheid. De stellingen zijn: ‘Anderen hebben mij pijn gedaan door schoppen, slaan of ander geweld’, ‘Ik ben gedwongen tot seksuele handelingen’, ‘Ik ben bestolen van mijn eigendommen’ en ‘Mijn eigendommen zijn door een ander beschadigd of vernield’.

De patiënten op wie deze onderzoeken betrekking hebben, zijn chronische psychiatrische patiënten (Het Stedelijk Chroniciteitsonderzoek Amsterdam, ACT-trial Winschoten, Maatschappelijk Steunsysteem Stad Utrecht en de data van GGZ Noord-Holland Noord) of psychotische patiënten (Phamous en ZAL). Uitgebreide informatie over deze studies staat in het NWO-rapport *Geweld tegen psychiatrische patiënten* (Van Weeghel e.a., 2009).

### **Slachtoffer van geweld**

In tabel 1 is een overzicht te zien van de gevonden percentages geïctimiseerde patiënten. Deze percentages variëren van 10% van de patiënten die aangeven in het afgelopen jaar slachtoffer te zijn geweest van geweld, tot 24% van de patiënten die soms tot vaak te maken hebben met uitschelden of belediging.

### **Demografische en klinische kenmerken**

We vergeleken de demografische en klinische achtergrondkenmerken van patiënten die in het afgelopen jaar slachtoffer van geweld zijn geweest met die van patiënten die geen geweldservaring hebben meegemaakt. De cijfers in tabel 2 zijn gebaseerd op de antwoorden op de vraag uit de MANSA ‘Bent u wel eens slachtoffer geweest van geweld’. Deze analyse is uitgevoerd op de informatie afkomstig van ACT-trial Winschoten, Phamous, het onderzoek Maatschappelijk Steunsysteem Stad Utrecht en van GGZ Noord-Holland Noord.

In deze datasets geeft 10% van de patiënten aan slachtoffer te zijn geweest van geweld. Het merendeel van de patiënten had de diagnose schizofrenie of een aanverwante stoornis. Er waren geen significante verschillen in achtergrondkenmerken tussen slachtoffers en niet-slachtoffers, behalve wat betreft ouderschap. Van alle ondervraagde patiënten is in totaal 6% verdachte geweest van een misdrijf, echter van de slachtoffers is 25% ook verdachte.

13

Verder blijkt dat patiënten in de Phamous-studie die slachtoffer zijn geweest een lagere GAF-score hebben (wat duidt op meer psychopathologie en meer beperkingen in het sociaal functioneren) en ook vaker niet vrijwillig in zorg zijn. In het onderzoek Maatschappelijk Steunsysteem Stad Utrecht werd geen verschil gevonden op de GAF-scores, wel hadden slachtoffers meer onvervulde zorgbehoeften dan niet-slachtoffers. Er werden ook geen significante verschillen in klinische of demografische achtergrondkenmerken gevonden tussen patiënten die aangaven vaak uitgescholden of bedreigd te worden en patiënten die deze ervaring soms, zelden of nooit hebben gehad (Stedelijk Chroniciteitsonderzoek Amsterdam).

### **Tevredenheid met persoonlijke veiligheid**

Antwoorden op de vraag naar de beleving van de persoonlijke veiligheid destilleerden we uit de datasets van Phamous en van het onderzoek Maatschappelijk Steunsysteem Stad Utrecht, en in de data van GGZ Noord-Holland Noord. Gemiddeld was 5% van de patiënten ontevreden of zeer ontevreden over de persoonlijke veiligheid. Uit de analyse van de dataset van Phamous bleek dat patiënten ouder dan 35 jaar en patiënten met een lagere GAF-score ontevredener over hun persoonlijke veiligheid waren dan andere patiënten. Uit de gegevens van GGZ Noord-Holland Noord en Stad Utrecht bleek dat patiënten met een stemmingsstoornis, schizofrenie of een psychotische stoornis tevredener waren met hun persoonlijke veiligheid dan patiënten met een andere stoornis, en patiënten van niet-westerse afkomst waren ontevredener over hun veiligheid dan westerse patiënten. In de datasets werden geen verschillen gevonden tussen mannen en vrouwen, type woonsituatie, en ook kwam ouderschap niet vaker voor in de groep die minder tevreden was over hun veiligheid.

## **Discussie**

In onze verkennende analyse van de bestaande datasets in Nederland vonden we een percentage slachtoffers onder patiënten variërend van 10% tot 24%. Deze grote variatie wordt waarschijnlijk veroorzaakt door de verschillende meetmethoden en de verschillende doelgroepen. Daarbij

zijn de victimisatiecijfers in deze datasets niet speciaal verzameld om het slachtofferschap onder psychiatrische patiënten te meten, maar als onderdeel van een grotere studie. Niettemin kunnen deze cijfers een eerste indruk geven over de omvang en achtergronden van het probleem van victimisatie binnen de psychiatrie in Nederland.

In de onderzochte datasets is gebruikgemaakt van de ZAL en de MANSA. Beide vragenlijsten zijn gericht op het in kaart brengen en monitoren van de psychosociale toestand van de patiënt. In het kader daarvan zijn vragen naar geweldservaringen en onveiligheidsgevoelens relevant. Voor het systematisch in kaart brengen van victimisatie-ervaringen volstaan deze vragenlijsten echter niet. Voor dit doel zijn gevalideerde vragenlijsten noodzakelijk, die onder andere rekening houden met de antwoordtendensen die kunnen optreden bij het beantwoorden van vragen naar emotioneel beladen ervaringen. Zo is bij proefpersonen bekend dat geweldservaringen door hun emotionele impact moeilijker correct in de tijd te plaatsen zijn.

### **Achtergrond van slachtoffers**

Kijkend naar de achtergrondkenmerken van de gevictimiseerde patiënten uit de verschillende datasets valt een aantal zaken op. Slachtoffers waren relatief vaak in klinische zorg of verbleven in een sociaal pension of een beschermde woonvorm, en waren vaker dan niet-slachtoffers onvrijwillig in zorg. Dit is in tegenstelling tot de bevindingen uit internationaal onderzoek waarin juist het beeld naar voren komt dat psychiatrische patiënten minder te maken hebben met geweld gedurende een (klinische) opname, inclusief dwangopname, in vergelijking met de periode voor opname of een gedurende ambulante behandeling. Mogelijk speelt hier een onduidelijkheid over de periode waarover de gepresenteerde data betrekking heeft een rol.

In alle datasets hadden de meeste patiënten de diagnose schizofrenie of een aanverwante stoornis. Er was geen duidelijk verschil tussen slachtoffers en niet-slachtoffers wat betreft diagnose. Slachtoffers hadden wel vaker een lagere GAF-score, een grotere onervulde zorgbehoefte en meer problemen met dagbesteding en met het hebben van voldoende vrienden en kennissen. Uit internationaal onderzoek is gebleken dat ernst van de psychiatrische symptomen een belangrijke risicofactor is voor victimisatie van psychiatrische patiënten (Brekke e.a., 2001; McPherson e.a., 2007; Walsh e.a., 2003). Vooral het hebben van psychotische symptomen vergroot de kwetsbaarheid (Bergman & Ericsson, 1996; Chapple e.a., 2004). Maar ook comorbide psychiatrische aandoeningen zoals stemmingsstoornissen of persoonlijkheidsstoornissen en comorbide middelengebruik blijken, los van de ernst van de psychotische symptomen, het risico op victimisatie te vergroten (Brekke e.a., 2001; Goodman e.a., 2001; Hiday e.a., 1999; McPherson e.a., 2007; Sells e.a., 2003; Silver e.a., 2005; Walsh e.a., 2003).



### Daderschap

Daarnaast bleken patiënten die slachtoffer zijn geweest van geweld ook vaker beschuldigd te zijn geweest van een misdrijf. Dit is in lijn met eerdere internationale bevindingen (Fitzgerald e.a., 2005; Walsh e.a., 2003). Overigens werd er geen verband gevonden tussen gevoelens van onveiligheid en (mogelijk) daderschap.

15

Geheel in lijn met de bevindingen uit internationaal onderzoek blijkt uit onze inventarisatie dat de Nederlandse psychiatrische patiënten vaker slachtoffer zijn van geweld dan de algemene bevolking. De landelijke victimisatiecijfers van het CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2010) geven aan dat ongeveer 5% van de bevolking het afgelopen jaar slachtoffer is geweest van geweld (mishandeling, seksuele delicten en bedreiging). In de datasets die in deze studie zijn opgenomen, uitgaande van de vraag uit de Mansa of patiënten het afgelopen jaar slachtoffer zijn geweest van geweld, is dit gemiddeld 10%. Gevoelens van onveiligheid lijken minder te verschillen tussen patiënten en de algemene bevolking. Landelijk geeft 3% (2008) tot 5% (2005) van de bevolking aan zich vaak onveilig te voelen, van de psychiatrische patiënten is dit 6%. In een recente publicatie van het Sociaal en Cultureel Planbureau blijkt dat veel slachtoffers nog lang last houden van de emotionele gevolgen van het misdrijf, vooral slachtoffers uit meer kwetsbare groepen in de samenleving (Lamet & Wittebrood, 2009). Hiertoe kunnen ook psychiatrische patiënten gerekend worden.

### Meer onderzoek naar victimisatie

Afgaande op de gevonden resultaten kunnen we de volgende voorlopige conclusie trekken: psychiatrische patiënten – vooral degenen met een ernstiger ziektebeeld, een sociaal zwakkere positie en met veel zorgbehoeften – lijken vaker slachtoffer te zijn van geweld dan personen uit de algemene bevolking. Deze conclusie markeert het startpunt van een onderzoeksprogramma dat meer inzicht moet verschaffen in de victimisatie van psychiatrische patiënten in Nederland. In eerste instantie zal het onderzoek zich moeten toespitsen op aard en omvang van de victimisatie. Het is belangrijk om op een betrouwbare manier vast te stellen in welke mate Nederlandse psychiatrische patiënten slachtoffer zijn van geweld en in hoeverre hun psychiatrische aandoening het victimisatierisico vergroot vergeleken met de algemene bevolking. In het verlengde daarvan zal de vraag aan de orde moeten komen welke groepen patiënten het meest kwetsbaar zijn, en onder welke omstandigheden (bijvoorbeeld wonend binnen of buiten een instelling, of in een stedelijke of rurale omgeving).

Analyse van de bestaande datasets bevestigt gedeeltelijk de resultaten van het internationaal onderzoek, maar geeft nog onvoldoende duidelijkheid. Zo laat het merendeel van de internationale studies een veel sterkere verhoging van het victimisatierisico zien dan dat wij konden aantonen in de Nederlandse datasets. Veel internationale victimisatieonderzoeken hebben betrekking op ‘bijzondere groepen’ psychiatrische patiënten, zoals daklozen, verslaafde, forensische of gedetineerde psychiatrische patiënten, die qua risicoprofiel misschien moeilijk vergelijkbaar zijn met de patiëntenpopulatie die ons ter beschikking stond (voornamelijk langdurige zorgafhankelijke patiënten in poliklinische behandeling). Ook de context, de maatschappelijke acceptatie of de invulling van de zorg waarin patiënten leven kan hebben geresulteerd in een ernstiger risicoprofiel voor buitenlandse patiënten dan voor Nederlandse patiënten.

Maar vooralsnog zijn dit slechts speculaties. Pas wanneer de resultaten hetzelfde blijven na internationaal vergelijkbaar epidemiologisch onderzoek, zouden we kunnen veronderstellen dat psychiatrische patiënten een veiliger bestaan hebben in de Nederlandse samenleving dan in de Verenigde Staten of Groot-Brittannië. Daarnaast vonden wij geen bewijs dat het risico vermindert wanneer patiënten opgenomen zijn of in een beschermde omgeving wonen, terwijl dit wel uit het internationale onderzoek bleek. Mogelijk is de overgang tussen ambulante en klinische behandeling in het Nederlandse systeem minder abrupt, en komt ook een opgenomen patiënt nog altijd relatief veel in aanraking met de maatschappij.

### **Gevolgen van geweld**

Vervolgens is het belangrijk om te onderzoeken wat de gevolgen van slachtofferschap voor deze kwetsbare groep zijn op korte en lange termijn. Hierbij valt te denken aan gevolgen voor de kwaliteit van leven van patiënten, de kans op het ontwikkelen van posttraumatische stressstoornissen na het meemaken van een geweldsdelict, en de invloed van een dergelijke gebeurtenis op het ziektebeloop van de bestaande stoornis. Dit vraagt om longitudinaal onderzoek. Dergelijk onderzoek kan inzicht geven in de kans op hervictimisatie en op het verband tussen daderschap en slachtofferschap, bijvoorbeeld de causale relatie tussen victimisatie en daderschap, of andersom.

Aan de hand van de gevonden resultaten kunnen we een conceptueel model ontwikkelen voor het verklaren van het risico op slachtofferschap en de consequenties ervan, en instrumenten ontwikkelen voor signalering, screening en risicotaxatie. Bovendien zal het model aanknopingspunten bieden voor het ontwikkelen van interventies om victimisatie te voorkomen en de negatieve gevolgen te behandelen. Daarom is het belangrijk niet alleen onderzoek te doen naar persoonsgebonden risicofactoren, maar ook naar

de context waarin het fenomeen zich afspeelt. In toekomstige studies, die behalve kwantitatief ook kwalitatief van aard moeten zijn, zullen derhalve de sociale leefomgeving waarin het slachtofferschap zich manifesteert, het levensloopperspectief van de patiënt, en de mogelijke verbanden tussen stigma, discriminatie, (het ontwikkelen van een) psychiatrische aandoening, daderschap en victimisatie, een belangrijke plaats moeten krijgen.



### Literatuur

- Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Fischer, J.E., & Haug, H.J. (2007). Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. *Clinical practice and epidemiology in mental health*, 3, 30.
- Bachrach, L.L. (1984). Slum and chronically ill psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 141, 975-978.
- Bergman, B., & Ericsson, E. (1996). Family violence among psychiatric in-patients as measured by the Conflict Tactics Scale (CTS). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 3, 168-174.
- Bogaerts, S. (2009). *Spiegelingen tussen daders en slachtoffers*. Oratie. Universiteit van Tilburg: 23 januari 2009.
- Brekke, J.S., Prindle, C., Bae, S.W., & Long, J.D. (2001). Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community. *Psychiatric Services S2- Hospital & Community Psychiatry*, 52, 1358-1366.
- Bruggeman, R., Slooff, C.J., Taxis, K., e.a. (2007). De Phamous werkgroep. PO-41 De Pharmacotherapy Monitoring and Outcome Survey: PHAMOUS. Opzet en eerste resultaten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, suppl 1. [www.phamous.eu](http://www.phamous.eu).
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2010). Integrale veiligheidsmonitor 2009, landelijke rapportage. Den Haag/Heerlen: cbs.
- Chapple, B., Chant, D., Nolan, P., e.a. (2004). Correlates of victimisation amongst people with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 10, 836-840.
- Choe, J.Y., Teplin, L.A., & Abram, K.M. (2008). Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: Balancing public health concerns. *Psychiatric Services S2- Hospital & Community Psychiatry*, 59, 153-164.
- Fitzgerald, P.B., De Castella, A.R., Filia K.M., e.a. (2005). Victimization of patients with schizophrenia and related disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 169-174.
- Gaag, M. van der, Zoetweij, A., & Bervoets, P. (2006). *Evaluatie pilot ZAL*. Den Haag: Interne publicatie Parnassia.
- Goodman, L.A., Salyers, M.P., Mueser, K.T., e.a. (2001). Recent victimization in women and men with severe mental illness: Prevalence and correlates. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 615-632.
- Hiday, V.A., Swartz, M.S., Swanson, J.W. e.a. (1999). Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services S2- Hospital & Community Psychiatry*, 50, 62-68.
- Hoof, F. van, Geelen, K., Rooijen, S. van, & Weeghel, J. van. (2004). *Meedoen. Maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische handicaps*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Kwekkeboom, R. (2000). Sociaal draagvlak voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg. Ontwikkelingen tussen 1987 en 1997. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 87,

165-171.

- Lamet, W., & Wittebrood, K. (2009). *Nooit meer zichzelf. Gevolgen van misdrijven voor slachtoffers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Maniglio, R. (2009). Severe mental illness and criminal victimization: systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, 180-191.
- McPherson, M.D., Delva, J., & Cranford, J.A. (2007). A longitudinal investigation of intimate partner violence among mothers with mental illness. *Psychiatric Services S2- Hospital & Community Psychiatry*, 58, 675-680.
- Mulder, C.L. (2007). *Psychiatrie voor mensen die er niet om vragen*. Oratie. Erasmus Universiteit Rotterdam: 14 september 2007.
- Naudts, K.H., Dhondt, K., Eynde, F. van den, e.a. (2004). De slachtoffer-daderdichotomie in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 219-227.
- Plooy, A., & Weeghel, J. van (2009). Discriminatie van mensen met de diagnose schizofrenie. Nederlandse bevindingen in een internationale studie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 64, 3, 133-147.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 1, 7-12.
- Priebe, S., Badesconyi, A., Fioritti, A., e.a. (2005). Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *British Medical Journal*, 330, 123-126.
- Sells, D.J., Rowe, M., Fisk, D., & Davidson, L. (2003). Violent victimization of persons with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Psychiatric Services S2- Hospital & Community Psychiatry*, 54, 1253-1257.
- Silver, E., Arseneault, L., Langley, J., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2005). Mental disorder and violent victimization in a total birth cohort. *American Journal of Public Health*, 95, 2015-2021.
- Smits, C., Kroon, H., Hoof, F. van, e.a. (2009). *Zorg en leefsituatie van mensen met ernstige psychische stoornissen. Informatie uit regionale zorgmonitors*. Publicatie Monitor Langdurige Zorg. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Swildens, W., Graaff, I. de, Blom, A., & Weeghel, J. van (2008). Maatschappelijke steunsystemen tussen zorg en samenleving. In: A. Plooy e.a. (red), *Psychiatrische rehabilitatie, jaarboek 2008-2009*, (p. 101-128). Amsterdam: SWP
- Sytema, S., Wunderink, I. Bloemers, W. e.a. (2007). Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1-8.
- Teplin, L. A., McClelland, G. M., Abram, K. M., & Weiner, D. A. (2005). Crime victimization in adults with severe mental illness: comparison with the national crime victimization survey. *Archives of General Psychiatry*, 62, 911-921.
- Theunissen, J.R., Kikkert, M.J., Duurkoop, W.R.A., e.a. (2008). *Vermaatschappelijking van de chronische patiënt in de grote stad*. Amsterdam: AMC de Meren/Buitenamstel.
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned: discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., e.a. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional study. *The Lancet*, 373, 408-415.
- Walsh, E., Moran, P., Scott, C., e.a. (2003). Prevalence of violent victimisation in severe mental illness. *British Journal of Psychiatry S2- Journal of Mental Science*, 183, 233-238.
- Weeghel, J. van, & Dröes, J. (1997). Problemen in perspectief. Herstelgerichte zorg in maatschappelijke steunsystemen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 54, 150-165.
- Weeghel, J. van (2005). Maatschappelijke acceptatie van mensen met psychische beperkingen. Wat zijn goede anti-stigmastrategieën? *Maandblad*

*Geestelijke volksgezondheid*, 60, 378-394.

Weeghel, J. van, Kamperman, A.M., Vries, S.C. de, e.a. (2009). Vooronderzoek Geweld tegen psychiatrische patiënten. NWO onderzoeksprogramma. In *Geweld tegen Psychiatrische Patiënten* (pp. 23-125). Den Haag: NWO .

Wing, J.K. (1990). The functions of asylum. *British Journal of Psychiatry*, 157, 822-827.

Wolf, J., Schene, A.H., & Weeghel, J. van (2007). Onze zorgen om moeilijke mensen. In A.H. Schene e.a. (red), *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie* (pp. 289-308). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

### Samenvatting

S.C. de Vries, A.M. Kamperman, I. Lako e.a.  
'Geweld tegen psychiatrische patiënten in Nederland'

► Uit internationaal onderzoek is duidelijk geworden dat het risico om slachtoffer te worden van een misdrijf voor psychiatrische patiënten hoger is dan in de algemene bevolking. De auteurs hebben een verkennende analyse uitgevoerd op gegevens afkomstig uit zes Nederlandse datasets over victimisatie van psychiatrische patiënten. Het gevonden percentage gevictimiseerde patiënten in deze datasets varieert tussen 10% en 24%. De grote variatie wijst op een sterk verhoogd risico ten opzichte van de algemene bevolking. Deze inventarisatie vormt een startpunt van een onderzoeksprogramma dat inzicht zal geven in risicofactoren en gevolgen van victimisatie in deze doelgroep.

### Personalia

Drs S.C. de Vries en dr A.M. Kamperman zijn werkzaam als wetenschappelijk onderzoeker voor O3 Onderzoekcentrum GGZ Rijnmond, afdeling psychiatrie van het Erasmus mc.  
s.c.devries@erasmusmc.nl

Drs I. Lako is als promovendus en dr S. Sytema is als senior-researcher verbonden aan het Universitair Psychiatrisch Centrum en Rob Giel Onderzoekscentrum van het Universitair Medisch Centrum Groningen.

Drs P. Bervoets en prof.dr M. van der Gaag zijn werkzaam bij Parnassia in Den Haag. M. van der Gaag is daarnaast verbonden aan de afdeling Klinische Psychologie van de Vrije Universiteit Amsterdam.

Dr J.R. Theunissen werkt als Hoofd Zorgonderzoek binnen de Dienst Onderzoek van GGZIngeest en vu Medisch Centrum Amsterdam.

Dr W. Swildens is senior-onderzoeker en stafmedewerker bij Altrecht divisie Willem Arntsz te Utrecht.

Dr M.A. Nugter is senior-onderzoeker bij de Afdeling Onderzoek en Monitoring van GGZ Noord Holland Noord.

Dr H. Kroon is psycholoog en hoofd van het programma Reïntegratie van het Trimbos-instituut.

Prof.dr J. van Weeghel is als hoogleraar verbonden aan de Tranzo van de Universiteit van Tilburg. Daarnaast is hij directeur van Kenniscentrum Phrenos en stafmanager zorgontwikkeling en onderzoek voor GGZ Dijk en Duin.

Prof dr. C.L. Mulder is als hoogleraar verbonden aan afdeling Psychiatrie van het Erasmus mc, programmaleider van Onderzoekscentrum O3 Onderzoekscentrum GGZ Rijnmond, en opleider en hoofd Onderzoek en Opleiding bij Bavo Europoort.